Iñigo (Jos)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

PLEURITIS Á FRIGORI

PRESENTADO AL JURADO CALIFICADOR

EN EL

EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

POR

JOSÉ IÑIGO

Alumno de la Escuela Nacional
de Medicina de México, ex-practicante del Hospital Juárez
y miembro de la Sociedad Filoiátrica.

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés número 15.

1888

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

PLEURITIS Á FRIGORI

PRESENTADO AL JURADO CALIFICADOR

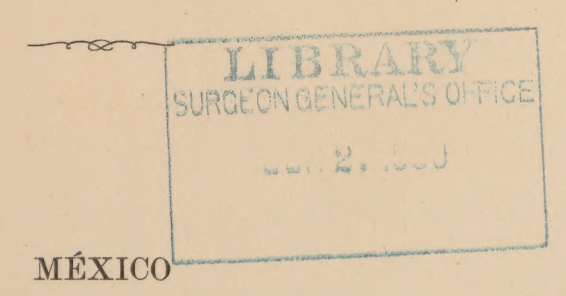
EN EL

EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

POR

JOSÉ IÑIGO

Alumno de la Escuela Nacional
de Medicina de México, ex-practicante del Hospital Juárez
y miembro de la Sociedad Filoiátrica.

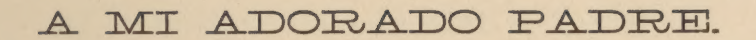


MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés número 15.

1888

A TU SAGRADA MEMORIA, MADRE MIA.



A MI ADORADO PADRE.

A MI TIA

LA

SEÑORITA MATILDE CRESPO.

AL INTELIGENTE DOCTOR

ALFONSO RUIZ ERDOZAIN.

Pleuritis—2

Señores Jurados:

Bien sabido es por todo el mundo la importancia que tiene el pronóstico en la ciencia médica.

"Saber para prever, prever para obrar," tal es el ideal que encierra el pronóstico; de suerte que todo lo que tienda á cambiar nuestra opinion sobre alguna materia, tiene á todas luces tal importancia, que debe llamarnos la atencion.

Sabia por autores de la talla de Laveran, Dielafoy, etc., como por boca de mis ilustrados maestros, que la pleuresía *á frigori* es una entidad morbosa, cuya ley de causalidad es bien conocida; pero es así que un clínico frances nos da á conocer, por medio de un periódico científico titulado *Gazette des Hôpitaux*, que un enfriamiento por sí solo no es capaz de producir una pleuresía, sino cuando un organismo contiene ya el *bacillus fimático.*

Este modo de ver la pleuresía cambia tanto su pronóstico, es tan diferente tener una enfermedad relativa-

mente benigna, á ver en ella el preludio de accidentes que, tarde ó temprano, minarán el organismo, que creo de suma importancia fijar un momento la atencion en la opinion del clínico frances Sr. Landouzy.

Para cumplir, segun la ley ordena, con el requisito indispensable á todo el que ambiciona el honroso título de Médico, es por lo que me atrevo á presentaros este ligero bosquejo sobre la opinion que hoy se tiene de la pleuresía á frigori: nada nuevo dice este trabajo; solamente expondré los datos que sobre dicha cuestion han podido llegar á mi alcance, haciendo algunas conclusiones que no me parecen inútiles.

He dividido estos ligeros apuntes, exponiendo primero sucintamente lo que me parece más importante sobre sintomatología y diagnóstico de la pleuresía; despues citaré las opiniones que sobre el particular conozco del Sr. Landouzy, sobre la naturaleza de la pleuresía; en seguida mi humilde opinion, terminando por hacer las conclusiones que creo se desprenden de lo anterior.

No creo desempeñar la tarea que me he impuesto; pero sí espero, señores Jurados, que juzgueis con indulgencia un trabajo que, como he dicho, sólo me atrevo á presentaros por acatar la ley.

AUNQUE sea en breves palabras, voy á recordar la sintomatología de las pleuritis.

Cuando nos acercamos á la cama de un enfermo que se queja de un dolor en la region costal, que respira con molestia, que ha tenido calosfríos, fiebre, etc., estos síntomas nos hacen pensar en una lesion del aparato respiratorio, que cuando se trata de una pleuritis y existe derrame, su presencia nos es revelada por los signos siguientes: á la inspeccion se nota abovedamiento en los espacios intercostales, las excursiones torácicas disminuidas. Si se toma la cinta métrica, se puede demostrar un aumento en el volúmen del tórax del lado donde existe el derrame; á la percusion encontramos una oscuridad absoluta en la parte inferior del lado afectado; el límite superior de ésta tiene una forma parabólica, que Peter llama curva de Damoiseau, por haber sido éste el que la descubrió. Hácia abajo de la clavícula, cuando el nivel del líquido no ha llegado hasta ahí, hay sonoridad timpánica, porque el tejido pulmonar comprimido conduce mejor el ruido

bronquial; á este fenómeno se le ha llamado sonido Skódico.

Haciendo hablar al enfermo encontramos á la palpacion, las vibraciones torácicas disminuidas en todos los puntos donde existe el derrame, notándose mejor, segun aconseja Peter, colocando las manos en la línea axilar y no en la convexidad del tórax.

Como el pulmon ha sido rechazado en su parte inferior, ahí no hay murmullo vesicular ni ruido anormal alguno; en la porcion superior al contrario: segun el grado á que ha llegado el derrame, el pulmon está más ó ménos comprimido, y, por lo tanto, se oye el soplo suave, el tubario, el brónquico y aun el cavernoso; es decir, va aumentando la intensidad de él con el aumento del líquido derramado.

La voz presenta tambien caracteres variables, que están en armonía con los del ruido respiratorio; cuando el ruido vesicular es disminuido ó nulo, la resonancia bucal es tambien disminuida ó nula; sin embargo, algunas veces el silencio es completo, en lo que concierne á la respiracion, y la voz llega á nuestros oídos como un zumbido confuso y lejano. Cuando hay soplo, la voz toma un timbre semejante á él, y á proporcion que el soplo va aumentando con la cantidad del derrame, vamos oyendo progresivamente la bronquiofonia, la voz cavernosa, la egofonía, aunque esta última se puede oir en los derrames pequeños.

Por último, al acumularse el líquido en la cavidad pleural, va rechazando las vísceras vecinas que desaloja de su lugar; es perceptible principalmente en el corazon, cuya punta, en las pleuresías izquierdas, puede llegar á latir del lado derecho del esternon.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Si bien es cierto que en la mayoría de los casos es fácil diagnosticar una pleuresía, en ciertos períodos de ella ó en algunas variedades se encuentran síntomas que pueden oscurecer el diagnóstico; por esto me parece conveniente recordar las afecciones que pudieran confundirse con la que estudiamos. En esta enfermedad faltan los fenómenos que se llaman prodrómicos, la aparicion es brusca, y puede en su principio hacer creer que se trata de una pulmonía; pero en ésta el calosfrío inicial, en la mayor parte de los casos, es único, fuerte, prolongado, y seguido de reaccion febril viva, es decir, reaccion apreciable; porque desde el momento en que comienza el calosfrío, si se pone el termómetro en la axila, se aprecia la fiebre: en la pleuresía es raro que el calosfrío sea único, se repite varias veces, y es ménos intenso que en la pulmonía; el dolor de costado es exclusivo de la pleuresía, y cuando se observa en la pulmonía, es porque la pleura está tambien afectada: aparece la tos al mismo tiempo que el dolor y la calentura en la pleuresía, y se retarda en la pulmonía; ántes que aparezca el esputo, los signos físicos pueden ayudar á hacer el diagnóstico.

La inspeccion da pocos datos, lo mismo que la palpacion; la percusion revela una diminucion de la sonoridad en el lugar afectado, si se trata de una neumonía, no observándose nada semejante en la pleuresía; la auscultacion cuidadosa es lo más útil; en la neumonía el fenómeno característico es el estertor crepitante cuyo sitio está en la vesícula pulmonar, y se produce por el despegamiento de ellas al entrar el aire.

En la pleuresía, desde un fino frotamiento hasta el rudo crujido que se llama de cuero nuevo, sin embargo el estertor crepitante y el frote pleural, pueden confundirse, y para evitarlo, hay que tener presente el momento de su produccion: el estertor se oye exclusivamente en la inspiracion y al fin de ella; se modifica poco por la tos, miéntras el frote pleural puede oirse en los dos tiempos de la respiracion y pocas veces en uno; de allí el error; pero si el enfermo hace varias inspiraciones, puede desaparecer, cosa que no sucede si tose.

Cuando aparece el esputo de la neumonía, el diagnóstico está hecho, pero en determinadas circunstancias falta, y la confusion es posible; por ejemplo, tratándose de decidir entre una pleuresía de vértice y una neumonía del mismo, la cual, como es sabido, no aparece con los caracteres de una neumonía franca. Hay poca reaccion, puede faltar ó retardarse el esputo, y si aparece, no tiene los caracteres del rubiginoso; en tal caso, se atenderá á los antecedentes del paciente, á su edad, recordando que la neumonía del vértice no es rara en los viejos ó en personas que por su modo de vivir se colocan en condiciones semejantes á ellos, que tienen la constitucion debilitada, que su organismo funciona mal, siendo la causa más frecuente el alcoholismo, que altera tan profundamente el sistema circulatorio.

Miéntras que la pleuresía en el sitio ya indicado, no es siempre afeccion primitiva, y si se desarrolla en un individuo de edad mediana ó jóven, puede decirse que es sintomática de una tuberculosis incipiente, y deben buscarse los signos de ésta. Si la neumonía es central

sólo que falte el esputo será el diagnóstico difícil, pero los demas signos aclararán la duda.

Cuando en ambos lados del pecho se perciben signos de auscultacion, que hagan vacilar al médico, si se trata de neumonía ó pleuresía doble, debe inclinarse á esta última, en vista de la rareza de la neumonía doble, y sobre todo simultánea, y la frecuencia de la pleuresía doble cuando el individuo es tuberculoso, en cuyo caso los frotamientos son casi siempre rudos.

Una pleuresía del lado izquierdo puede confundirse con una pericarditis, y recíprocamente; para saber en donde se verifica el frotamiento, basta hacer suspender la respiracion: si persiste, no se puede dudar que es debido al pericardio.

En un período más avanzado, cuando el derrame se ha producido, no es fácil la confusion con la neumonía ni con un derrame del pericardio.

Los signos que da la inspeccion no los repetiré por haberlos ya citado, y que no se encuentran en las otras dos afecciones.

La palpacion enseña que faltan las vibraciones si hay derrame pleural, y están reforzados si hay hepatizacion pulmonar. La percusion puede tener algo de característico en la pleuresía, dando datos distintos en el hidro–pericardio; en la primera afeccion, el límite de la macicez tiene la forma de una curva parabólica, y en la segunda nos da la forma ligeramente cónica del pericardio.

Por último, la auscultacion hace notar una gran diferencia entre la trasmision de la voz por un pulmon condensado, y la pérdida de la misma cuando hay un cuerpo entre el pulmon y la pared torácica; si hay so-

plo bien claro, se tendrá en cuenta que se oye en el lugar hepatizado, al nivel de la macicez y del reforzamiento de las vibraciones en la neumonía, miéntras que se oye en la parte superior del límite de la macicez del sitio en donde faltan las vibraciones cuando se trata de un derrame.

Finalmente, el estado general del enfermo está casi siempre en relacion con la extension de la flegmasía, cuando ocupa el parenquima pulmonar, miéntras que puede no estarlo en el caso de un derrame, aun suponiéndolo considerable.

La pleuresía diafragmática puede confundirse con una hepatitis ó una peritonitis circunscrita; en caso de hepatitis, se tendrán en cuenta, sobre todo, los datos anamnésticos, que son de suma utilidad; y no describo los síntomas de la hepatitis por ser muy conocidos, y si se cae en un error, bastarán unos cuantos dias para disiparlo. A grandes rasgos recordaré los caracteres diferenciales: el dolor, en ambas afecciones, puede ocupar casi el mismo sitio, y entónces es difícil saber si es pleuritis ó hepatitis; las irradiaciones dolorosas no tienen nada de fijo, y solamente el dolor del hombro, ya provocado, ya espontáneo, tiene algun valor; debe buscársele en la base del cuello, y á veces se irradia hácia el miembro superior derecho: este dolor, debido á la irritacion del nervio frénico, es más frecuente en las hepatitis, sobre todo de la convexidad, como lo prueban las investigaciones de los eminentes clínicos Jiménez y Montes de Oca; pero puede faltar aun en los casos en que el diafragma participe de la flegmasía; la tos, como se comprende, es más frecuente cuando hay pleuresía: la dipsnea es más notable en esta última y el

hipo, fenómenos inconstantes en la hepatitis. Si llega á formarse un absceso hepático en la parte convexa y tiende á hacer irrupcion en la cavidad torácica, atravesando el diafragma, el diagnóstico es más difícil, porque este tabique muscular cede poco á poco al aumentar el hígado de volúmen; puede tambien ulcerarse ó destruirse en parte y determinar el paso del pus, lo cual puede verificarse de una manera más ó ménos brusca y á veces completamente insidiosa. Tanto en este caso como en los anteriores, hay que atender con muchísimo cuidado á los antecedentes del enfermo, y si ha tenido síntomas bastante claros de absceso hepático, y notar las deformaciones que haya sufrido dicha region.

Desgraciadamente aun utilizando todos los medios que aconseja la ciencia, es fácil errar y tomar una cosa por otra, y es tanto más fácil, cuanto que en algunos casos coexisten las dos afecciones.

El paso del líquido de la region hepática á la cavidad pleural, simula á veces perfectamente un derrame de pecho y tiene todos los signos propios de éste.

La peritonitis circunscrita y la pleuresía diafragmática pueden equivocarse la una con la otra; pero el predominio de los síntomas torácicos ó abdominales inclinará el juicio en buen sentido.

En los casos en que se recogen signos estetoscópicos, cavitarios, es de la más alta importancia hacer el diagnóstico diferencial, para llevar á cabo una intervencion razonada.

Si se ha presenciado el principio del estado patológico y se sigue su marcha paso á paso, difícil es equivocarse; mas si se examina por primera vez al enfermo

y se encuentran uno ó varios signos cavitarios, como soplo anfórico, pectoriloquia, retintin metálico, etc., no hay que dejarse llevar de la primera impresion, es necesario buscar con atencion los antecedentes, y ayudarse hasta donde sea posible por la ilustracion del paciente; pues existen hechos como los citados por Dille, Darthez, Landouzy, con pectoriloquia y soplo anfórico, sin neumotórax ni cavidad pulmonar.

Trousseau refiere un caso en que encontró soplo anfórico y la necrópsia reveló: pulmon sano, ausencia de falsas membranas y derrame pleural de 500 gramos.

Los casos en que un derrame de pecho puede hacer creer en la existencia de cavidad pulmonar, son por lo comun aquellos en que las proporciones son bastante considerables y de cierta duracion; entónces las condiciones de sonoridad han variado en el tórax, el pulmon está más ó ménos alterado, sus funciones por este hecho se verifican mal, y los signos de auscultacion son engañosos.

Si la cavidad se supone de naturaleza tuberculosa, se atenderá al sitio y á la extension en que se perciban los fenómenos á que dé lugar, y esto servirá para saber si realmente hay caverna ó derrame; pero de los ruidos de percusion que más pueden ayudar al diagnóstico, el más útil es el que se llama de olla rajada: en efecto, éste solamente se percibe en cavernas pulmonares, y en condiciones tales, que no pueden encontrarse en un derrame de pecho; el sonido se eleva cuando el enfermo abre la boca ampliamente, cosa que no sucede en un derrame, aun cuando se encontrase un sonido parecido.

Para saber si se trata de un derrame ó de una ca-

vidad tal como la que deja una vómica, lo único que puede aclarar el punto es la marcha de la enfermedad unido á los antecedentes; si éstos han sido de una neumonía, se puede creer que terminó por absceso que se abrió paso al exterior, y el enfermo puede decir cómo ha sido el esputo, la cantidad de él y demas caracteres; si los anamnésticos hacen pensar en una pleuresía, será fácil que se trate de una vómica pleural debida á una antigua pleuresía interlobular, cuyo diagnóstico es fácil; pero entónces la produccion de la fístula pleuro–pulmonar da lugar á un neumotórax ó á un hydro–neumo–tórax, y se encuentra así la explicacion de los fenómenos que á primera vista parecian no tenerla; pero tambien puede suceder que la comunicacion anormal del pulmon con su cerosa se cure radicalmente, ó por lo ménos se oblitere, y si en un momento de éstos el enfermo solicita al médico, éste puede vacilar.

El cáncer laminar del pulmon puede ser tomado por un derrame de pecho, y debe buscarse cuando se sospeche la existencia de un tumor de esta especie. El dato de la herencia y la presencia en algun otro órgano de la economía, de un tumor semejante al que se trata de diagnosticar, habiendo recogido, como se supone, todos los antecedentes, y habiendo hecho minuciosos exámenes al enfermo; en casos de esta especie es tan difícil el diagnóstico, que si se llega á hacer es más bien por exclusion.

Por último, como medios de diagnóstico, hay un método de exploracion útil é inocente, que consiste en penetrar en la cavidad torácica, al través de la pared del pecho, con una aguja bastante larga y delgada, y haciendo la aspiracion con la jeringa de Pravatz; si se

obtiene líquido, es necesario examinar sus caracteres macro y microscópicos.

He expuesto, aunque someramente, el diagnóstico de la pleuresía; paso en seguida á exponer las ideas del Dr. Landouzy, sobre la naturaleza de la pleuresía, que son el punto principal de estos apuntes, y cuyo fundamento procuraré estudiar.

En el número 6 del periódico frances *Gazette des Hôpitaux*, correspondiente al 13 de Enero de 1887, en el párrafo titulado "Pléuresie á frigori et tuberculose," por el Dr. Landouzy, leí:

"Os he hablado varias veces haciéndoos conocer mi opinion sobre este punto; os he dicho tambien algunas palabras de un enfermo que salió del servicio del Sr. Després, para pasar por algun tiempo al Asilo de Convalecientes de Vincennes: este enfermo es un hombre que el año pasado entró al Hospital de *La Charité;* es de 32 años, blanco, rubio, delgado; fué á curarse de un higroma de la rodilla, y operado por el Sr. Després. Algun tiempo despues principió con un malestar general, calosfríos; tuvo una afeccion torácica, que mi colega consideró como de una naturaleza tuberculosa, y para la cual quiso saber mi opinion: cuando fuí llamado á examinarlo, con su fiebre sintomática de exacerbaciones vesperales, este hombre estaba en la declinacion de una bronquio-neumonía de naturaleza tuberculosa, como lo habia diagnosticado muy bien el Sr. Després: en resúmen, se trataba de un tuberculoso vulgar, de quien no quiero hablaros, si no es porque el año pasado era fuerte y vigoroso aún: entró en el mes de Octubre á ocupar el número 1 de la sala de Santa Ana, con una pleuresía izquierda, con un derra-

me pleurético tan considerable, que el corazon estaba completamente desviado; y me pregunté si era necesario practicar de urgencia la toracentesis: pudimos evitar la operacion, y gracias á un tratamiento enérgico apropiado y á un reposo completo, el derrame disminuyó rápidamente para desaparecer en un momento dado.

"Sí, esta pleuresía habia sobrevenido, segun dijo el enfermo, á consecuencia de un enfriamiento, y se le habia emitido el diagnóstico de pleuresía á frigori.

"Sí, ciertamente, su pleuresía se declaró despues de una impresion de frio; pero yo añado que este enfermo estaba en inminente riesgo de ser tuberculoso, y que el frio fué la causa determinante de la pleuresía. Bien está, una pleuresía; pero tambien añado: tened cuidado, porque hay otra cosa detrás del derrame pleurético.

"Y en efecto, habeis visto en este año una bronquioneumonía tuberculosa, la cual nos prueba aún que su pleuresía á frigori del año pasado, no ha sido más que la primera etapa de la tuberculosis que estaba latente, justificando el pronóstico que habia yo emitido entónces de otras manifestaciones tuberculosas de aparicion más ó ménos próxima.

"Más de la mitad de estos enfermos no esperarán generalmente muchos años para llegar á hacerse tuberculosos, y el médico que no ve en ellos más que el derrame, no ve más que la pleuresía á frigori. Ciertamente esta pleuresía existe, pero es raro que exista sin tuberculosis; y los que sostienen su existencia habitual sin ella, es porque no han hecho sino autopsías incompletas.

"Ni una vez sola se me ha dado la prueba de una pleuresía puramente á frigori, y así debo decir que el deber del médico es el preocuparse, cuando se encuentra en presencia de una pleuresía semejante, en dirigir el tratamiento y la higiene de su enfermo, de tal manera que se pueda evitar el término fatal de la tuberculosis.

"Digo y repito que la pleuresía á frigori es la primera manifestacion de la tuberculosis, y que si desde este primer accidente el individuo es sometido á una buena higiene, esta fimatosis puede aún ser detenida en su evolucion, y el enfermo puede estar al abrigo de nuevas manifestaciones de su tuberculosis.

"¡Cuántos hechos podria yo invocar en apoyo de lo que acabo de asentar! Citaré la observacion de una jóven que parecia gozar de una salud completa, fuerte y vigorosa, en el momento que iba á tomar baños de mar: cierto dia, al salir del baño, buscó en vano su peinador, que habia olvidado; lo pidió, y miéntras se lo llevaban se resfrió de tal manera, que contrajo una pleuresía. El derrame curó y desapareció bajo la influencia de un tratamiento apropiado; pero desde este momento comenzó á toser, se amormaba todos los inviernos, y poco á poco llegó á ser tuberculosa.

"Otra mujer jóven aún, que en plena salud y de las más florecientes, en apariencia al ménos, contrajo un enfriamiento al atravesar la plaza del Instituto, al dia siguiente tenia una pleuresía, cuyo derrame poco despues llegó á ser purulento. Curó, pero á poco tiempo el pulmon del lado opuesto se sintió atacado: la enferma falleció; en tanto que corria la misma suerte, es decir, moria á consecuencia de la tuberculosis, un hijo

suyo, y otro está actualmente en camino para llegar á ser tísico.

"En resúmen: no digo ni quiero que se me haga decir que toda pleuresía trae una tuberculosis general; pero ésta puede quedar localizada, y que si nosotros estamos persuadidos de las consecuencias posibles de la pleuresía, podriamos tomar á tiempo todas las medidas capaces de garantizarnos, por una buena higiene, por cuidados paliativos al individuo enfermo, contra la difusion del tubérculo. No es esta una simple cuestion de doctrina, sino más bien una cuestion de clínica práctica.

"Volviendo al enfermo del Sr. Després, y que fué nuestro el año pasado, temo mucho que nos dé una vez más razon en pequeña escala, que su pronóstico sea desfavorable y que sucumba pronto."

En el número 20 del ya citado periódico frances, correspondiente al 15 de Febrero del mismo año, leí otro artículo, tambien escrito por el Sr. Landouzy, que á la letra dice:

"La cuestion de la pleuresía á frigori está en este momento á la órden del dia; voy á hablaros de nuevo sobre este asunto. Se les reprocha á algunos autores ser exagerados en su opinion acerca de esta afeccion, dándole una patogenia que no tiene, y se ha invocado contra ella cierto número de argumentos.

"Se ha dicho que era un error creer que la pleuresía á frigori en personas de buena salud en apariencia, es siempre una pleuresía tuberculosa. Respondo: que es absolutamente un error creer que sólo los individuos miserables, debilitados, desahuciados, son los que pueden tener pleuresía tuberculosa. La clínica nos demues-

tra de una manera absoluta lo contrario. Entre otros hechos os citaré el de aquel dragon, que al fin de las maniobras militares anuales fué atacado de calosfrío: entró al Val de Grâce para curarse una pleuresía á frigori; muere quince dias despues, y la autopsía demuestra que tuvo una pleuresía tuberculosa. ¿No vemos, por ejemplo, en ciertos casos, despues de un traumatismo vulgar, producirse una hydartrosis en un individuo en apariencia bien constituido, hydartrosis traumática cuando abrís la articulacion, y cuando haceis la artrotomía encontrais una hydartrosis tuberculosa, con los *bacillus*, característica de ella?

"¿No he referido varias veces la observacion de aquel panadero del servicio del Sr. Peter, hombre fuerte, vigoroso, de gran talla, sin ningun antecedente personal relativo á la pleuresía, del cual habia yo mismo puesto la boleta, y cuya autopsía confirmó una vez más mi diagnóstico?

"¡Y cuántos otros hechos podria yo citaros!

"Pretender, pues, que individuos robustos y bien constituidos en apariencia, no pueden tener una pleuresía tuberculosa, es hacer de la medicina un sentimiento, es invocar argumentos sin valor.

"Es necesario guardarse de creer que un individuo, presa de la miseria fisiológica, sea el único ó siempre el más expuesto á la tuberculosis.

"Es necesario guardarse de creer que las apariencias de fuerzas y vigor preservan siempre de la pleuresía tuberculosa.

"Os bastaria platicar con algunos médicos militares para saber que principalmente en los soldados de caballería, es decir, entre los hombres escogidos por su

robustez, es en los que se encuentra mayor número de casos de tuberculosis, porque tienen más trabajos y más fatigas. No os dejeis, pues, engañar por las apariencias, que frecuentemente os conducirán á diagnósticos erróneos.

"Y la granulia, ¿en quiénes se desarrolla si no es en individuos fuertes?

"Otro argumento invocado contra la pleuresía tuberculosa, es el siguiente: ¿Cómo decir que jóvenes bien cúrados de su pleuresía tenian una pleuresía tuberculosa? Ni lo penseis. Yo os lo diré: Es que no vemos ciertas tuberculosis localizadas curar perfectamente; ¿por qué, pues, rehusar á la pleura lo que observamos en otros tejidos, por qué cerrar los ojos á la luz?

"Estoy esperando, á pesar de mis reiteradas preguntas, que se me demuestre una pleuresía á frigori sin tuberculosis, porque aun no conozco una autopsía completa. Tengo, pues, el derecho de decir que las observaciones á la doctrina que profesamos, no han dado las pruebas que les pedimos sin cesar, miéntras que por nuestra parte las damos y las hemos dado muchas veces, no digo doctrinaria, pero sí clínicamente.

"Además, no decimos que la tuberculosis es siempre fatal; no pretendemos de ninguna manera que los pleuréticos estén condenados á ver evolucionar sus tubérculos de una manera cierta y en poco tiempo; pero pedimos que se siga de cerca la historia de estos pleuréticos, hasta su muerte: se entiende que hablo de la tuberculosis local de la pleura, y no de la tísis, cosas que son distintas.

"En 1881 he defendido que el contagio por la tu-

berculosis es seguro, he sostenido su carácter infeccioso; pero no se me quiere oir, porque atrás de la infeccion se teme el contagio.

"Uno de los grandes médicos de este siglo ha dicho que todo individuo que no podia dar de su pleuresía otra explicacion más que un enfriamiento, debia tenerse como sospechoso de tuberculosis en la pleura.

"Hay individuos en los cuales la tuberculosis permanece localizada y que salen victoriosos de su mal, garantizados por su resistencia. Hay otros que, curados momentáneamente, sucumben á la tuberculosis al cabo de 10, 15 ó 20 años más tarde. Si algo es consolador, léjos de ser desconsolador, como se ha dicho sin razon, es saber que la pleuresía á frigori es una pleuresía tuberculosa, porque de aquí se deducen indicaciones terapéuticas é higiénicas que permiten tratar la enfermedad como tal, curar á los enfermos é impedir que el mal se generalice por cuidados bien dirigidos por los *ingesta*, por los *circum-fusa*. Así es que dos niños de mi clientela fueron sacados por consejo mio de los establecimientos donde recibian educacion, por estar atacados de pleuresía á frigori, para ser llevados durante varios años consecutivos al campo: llegaron á ser individuos fuertes, robustos, y aun rústicos en el sentido de la salud, y á encontrarse puestos al abrigo de la generalizacion de una tuberculosis primitivamente localizada á la pleura, en tanto que perecian por esta afeccion, sucesivamente, su madre, un tio, una tia y una hermana.

"No es, pues, una simple cuestion doctrinaria, sino una cuestion de práctica corriente, usual; y no es indiferente hacer el diagnóstico de pleuresía á frigori ó

de pleuresía tuberculosa: saber que la tuberculosis puede quedar localizada á la pleura, es consolador, porque de otro modo, quien decia tuberculosis decia tísis.

"Esta doctrina de la pleuresía tuberculosa es á la vez útil y consoladora, para servirme de los términos que se han empleado. Y el sentimiento nada tiene que hacer con las cuestiones de doctrina; el sentimiento, en realidad, no conviene sino á la cabecera del enfermo."

He citado íntegros los dos artículos del Sr. Landouzy, para dar á conocer sus ideas; paso en seguida á hacer algunas, aunque ligeras, consideraciones que me parecen justas.

La objecion que se le ha hecho por el Sr. Baudisson ha sido presentarle una estadística de ciento cincuenta casos de pleuresía, de los cuales uno ó dos únicamente sucumbieron á la tuberculosis, y más de treinta fueron curados radicalmente por el tratamiento ordinario de la pleuresía á frigori, es decir, por revulsivos y diuréticos; de lo cual se desprende de una manera más natural creer que se trataba de flegmasías francas, de inflamaciones puras, que creer, por el contrario, que por simples diuréticos y revulsivos se ha detenido como por encanto un proceso tuberculoso, que desgraciadamente la terapéutica actual es impotente para conseguirlo.

Además, mi padre el Dr. Nicolás Iñigo, que ejerce en una poblacion de clima frio, como es Toluca, y donde son frecuentes las inflamaciones de que me ocupo, me ha señalado á personas que hace más de 20 años curó de pleuresía con derrame, y durante este tiempo no han tenido manifestacion alguna de tuberculosis, ni ellos ni sus hijos.

El Sr. Landouzy reclama para la pleura, como para los demas tejidos, la posibilidad de la curacion de la tuberculosis: aun así ¿no se admitiria que esta serosa es susceptible de inflamacion simple, de la misma manera que la serosa del cerebro, del corazon y del abdómen? ó bien, ¿no se admitirá más que meningitis, pericarditis y peritonitis tuberculosas? Creo que esa opinion aun no se ha emitido.

Cita dicho señor en su primer artículo tres hechos: el primero, el de la bronquio–neumonía tuberculosa; el segundo, el de la jóven de los baños de mar, en los que sufrió un enfriamiento; el tercero, el de la jóven que al pasar por una plaza tambien se resfrió: en estos tres casos hubo pleuresía, y los tres enfermos presentaron poco despues los síntomas de la tuberculosis. Estos hechos á mi ver, señores Jurados, no prueban más que la posible coexistencia de los dos padecimientos en cuestion, pues no veo la razon de que se excluyan el uno al otro.

En su segundo artículo refiere algunos casos, demostrando que, no porque algunos individuos de muy buena constitucion física, y en los cuales no podia sospecharse la tuberculosis al ser atacados de pleuresía, no debe negarse la naturaleza tuberculosa de ella, porque hay personas que están en apariencia rebosando salud, y sin embargo sus tejidos alojan el *bacillus* de la fimatosis.

Podia creerse que en estos casos lo que sucede es que las perturbaciones nutritivas que trae despues la pleuresía, hacen de un terreno invulnerable un terreno abonado por su debilidad para el desarrollo del *bacillus*, y esto hizo que en la autopsía haya encon-

trado el Sr. Landouzy las huellas del proceso tuberculoso en dichos individuos.

Queriendo ver comprobada la opinion del Sr. Landouzy, me he puesto á buscar enfermos de pleuresía cuyo diagnóstico fuera de pleuresía á frigori, y por desgracia, desde que me fijé en este punto, no he visto más que un caso, cuya historia paso á referir:

Luis Hernández, de veinticinco años de edad, soltero, natural del Valle de Santiago, de oficio zapatero, de constitucion regular, entró al hospital de San Andrés á ocupar la cama número 4 de la sala de Medicina de hombres, á cargo del Sr. Bandera. Ese hombre me refirió que únicamente ha tenido tifo é intermitentes; que sus padres viven aún, han sido buenos y sanos; que él recibió una herida al nivel del sétimo espacio intercostal, como dos centímetros á la derecha del borde esternal, la cual probablemente no penetró á la cavidad; curó de esta herida en el hospital Juárez, de donde salió sano á los catorce dias de haber entrado: el mismo dia que salió, por mudarse la camisa estando en la calle, recibió un enfriamiento brusco, que es la única causa á que atribuye su mal; á las pocas horas de este accidente sintió un dolor en la region costal del lado derecho, y calentura, lo que hizo que viniera á este hospital. Despues de examinarlo, tuve el gusto de ver confirmado mi diagnóstico por el ilustrado clínico Sr. Dr. Bandera; se trataba, pues, de una pleuresía con derrame que llegaba poco arriba del ángulo del omóplato. Tenia ordenado revulsivos y diuréticos, y á los veinte dias fué dado de alta por encontrarse bueno y sano.

Recordando la ley de Louis, segun la cual el pul-

mon siempre es el primero en donde se presentan los tubérculos en un individuo que tiene la diátesis, busqué los signos físicos de la tuberculosis y no los encontré; en seguida, en union del ilustrado bacteriologista Dr. Angel Gaviño, quien bondadosamente se prestó á ayudarme en la investigacion del *bacillus* fimático en los esputos del enfermo en cuestion, y procediendo conforme á las reglas micrográficas que el caso requeria, hicimos varias preparaciones, y en ninguna de ellas pudimos ver el microbio.

Hubiera querido presentaros, señores Jurados, otras observaciones de esta enfermedad, peró no he tenido oportunidad de hacerlas: este caso no es suficiente, indudablemente, para destruir la opinion del Sr. Landouzy, pero sí es un argumento en contra, porque si en realidad hubiera sido de orígen tuberculoso dicha pleuresía, ¿por qué no encontrar algo que descubriera la diátesis? No lo sé.

¡Qué progreso tan grande hubiera hecho la terapéutica, si se consiguiera, por simples vejigatorios y diuréticos, y encontrándose en tan malas condiciones higiénicas, como por desgracia se halla nuestro Hospital Civil, el curar la tuberculosis en veinte dias! ¡Qué adelanto tan grande! ¡Ojalá que fuese realidad!

No tengo la pretension de haber resuelto un problema tan difícil como importante: he expuesto mi humilde opinion; y de lo dicho anteriormente creo que se pueden asentar las conclusiones siguientes:

Primera:

Siempre que nos encontremos en presencia de un pleurético, debemos, por precaucion, explorar con cui-

dado las vísceras torácicas, buscando la diátesis tuberculosa.

Segunda:

Miéntras se dilucida el problema de que me he ocupado, se debe someter á todo individuo pleurético á un tratamiento reconstituyente é higiénico.

Tercera:

En los casos de exámen médico-legal, para el aseguramiento de la vida, no se debe tener en cuenta el que un individuo haya padecido pleuresía para declararlo tuberculoso.

México, 1888.

José Iñigo.